

記入例

共済組合員申告書（公費負担）

【公費該当】

組合員種別	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員	<input type="checkbox"/> 任意継続組合員
申告事由	<input checked="" type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 不該当

記号	番号	所属所名
〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇市

氏名	カナ	キヨウサイ イチロウ <small>(左づめで、姓と名の間は1文字あけて記入してください)</small>
	漢字	共済 一郎

◆該当(不該当)の届出が必要となるのは、居住地の市町村が実施している次の①～③の公費負担適用者等で、すべての診療において窓口負担なしの医療費助成を受けている(受けていた)場合です。

- ① 母子(父子)家庭医療費助成適用者
- ② 心身障害者医療費助成適用者
- ③ その他市町村の条例等による医療費助成適用者

◆該当する場合は、適用年月日が分かる書類(医療費受給者証の写し等)を添付してください。

公費名	公費コード
障害者医療	

公費該当年月日			
元号	年	月	日

公費不該当年月日			
元号	年	月	日

備考
障害者医療費助成の適用となったため

申告者欄	上記のとおり申告します。 愛知県市町村職員共済組合理事長 様 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ◆日付の記入漏れが多いため必ず記入ください。 住所 〇〇市〇〇〇〇2丁目3番地 申告者 氏名 共済 一郎	所属所証明欄	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ◆日付の記入漏れが多いため必ず記入ください。 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 〇〇〇〇
------	--	--------	--

注意事項 「申告者欄」及び「所属所証明欄」の日付は必ず記入してください。また、一度記入したら訂正はできません。網掛け部分は記入しないでください。